

4. Стародубцева О.С., Внедрение практико-ориентированных образовательных технологий дисциплины «безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» / Стародубцева О.С., Уфимцева М.А., Попов В.П., Рогожина Л.П., Трифонов В.А.// Вестник Уральского государственного медицинского университета. 2019. № 3-4. С. 149-152.

5. Стуканов М.М. Сравнительная оценка вариантов инфузионной терапии у больных с геморрагическим шоком / М.М. Стуканов - Анестезиология и реаниматология. – 2011. – № 2. – С. 27-30.

6. Трухан А.П. Хирургическая помощь при поступлении большого количества пострадавших с взрывными поражениями / А.П. Трухан, С.А.Жидков, В.Е. Корик, К.А.Федоров // Новости хирургии. - 2012. – Т.20. - №3. – С. 24-28

7. Уфимцева М.А. Внедрение современных образовательных технологий дисциплины "безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф"/ Уфимцева М.А., Стародубцева О.С., Лях В.Д., Рогожина Л.П., Бочкарев П.Ю., Симонова Н.В. // Вестник Уральского государственного медицинского университета. 2018. № 3. С. 61-64.

8. Уфимцева М.А. Опыт использования дистанционных образовательных технологий в системе последипломного образования / Уфимцева М.А.// Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т. 60. № 6. С. 329-331.

9. Фисталь Э.Я. Современный подход к хирургическому лечению обширных механических ран конечностей с дефектом мягких тканей / Э.Я. Фисталь, Я.А. Роспопа // Хирургия Украины. – 2013. - №2. – С. 113-119.

УДК 616.511-036.1

**Галактионова Ю.П., Жунисова Д.С., Бочкарев Ю.М.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАНЗИТОРНОГО
АКАНТОЛИТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОЗА**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Galaktionova Yu.P., Zhunisova D.S., Bochkarev Yu.M.
CLINICAL CASE OF TRANSIENT ACANTHOLYTIC DERMATOSIS**

Department of dermatovenerology and life safety
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: galakt-yuliya@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены данные литературы об этиологии патогенезе, клинических и гистологических характеристиках, а также

дифференциальной диагностики редкого дерматоза – Болезнь Гровера. Рассмотрен клинический случай выше названного заболевания у 61-летнего мужчины, описаны данные анамнеза, клиническая картина, результаты обследования и проведенное лечение.

Annotation. The article presents literature information on the etiology of pathogenesis, clinical and histological characteristics and the differential diagnosis of rare dermatosis - Grover's disease. A clinical case of the aforementioned disease in a 61-year-old man is considered, history information, clinical presentation, examination results and treatment are described.

Ключевые слова: Болезнь Гровера, транзиторный акантолитический дерматоз, зудящие дерматозы.

Key words: Grover's disease, transient acantholytic dermatosis, itchy dermatoses.

Введение

Болезнь Гровера (БГ, транзиторный акантолитический дерматоз Гровера, transitoracantholitic dermatosis of the Grover) – редкий доброкачественный дерматоз, характеризующийся зудящими папуловезикулезными элементами [5].

Впервые данное заболевание описано дерматологом R. Grover в 1970 году у 6 пациентов с необычным зудящим папуловезикулярным дерматозом. Опубликованные данные по этиологии и патогенезу БГ имеют предположительные теории [1, 6].

БГ преимущественно встречается у мужчин старше 40 лет (3:1), чаще с I и II фототипами кожи, предрасположенных к аллергическим реакциям [1, 7]. Кроме того, описаны случаи БГ у пациентов с хронической почечной недостаточностью, ВИЧ-инфекцией, заболевание может носить паранеопластический характер, в частности, описаны случаи у больных онкогематологического профиля [1,6]. По мнению авторов, предрасполагающими факторами развития заболевания являются длительная инсоляция, воздействие высокой температуры, повышенное потоотделение, влияние вирусных и бактериальных патогенов, однако причинно-следственная связь не установлена

При гистологическом исследовании выявляют фокальный акантолиз над базальным слоем, везикулу, содержащую плазму, внутри эпидермиса и дискератоз в зернистом слое [1].

Диагноз устанавливается на основании клинической картины, анамнеза заболевания и данных гистологического исследования.

Дифференциальная диагностика БГ проводилась с псориазом, болезнью Дарье, эритематозной или себорейной пузырьчаткой (синдром Сенира – Ашера), семейной доброкачественной хронической пузырьчаткой (болезнь Хейли-Хейли), Т-клеточной лимфомой кожи (грибовидный микоз) [2,3,4].

На сегодняшний день патогенетическое лечение для данного заболевания не разработано, терапия носит симптоматический характер. В отечественной и зарубежной литературе описаны примеры эффективной терапии БГ топическими глюкокортикостероидными препаратами [1].

Цель исследования – демонстрация клинического случая для популяризации болезни Гровера.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников с помощью поисковых систем PubMed, Medline, SCOPUS, РИНЦ. Описан клинический случай.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент Ч., 61 год, житель сельской местности, направлен предварительными диагнозами псориаза, Т-клеточной лимфомой кожи. Предъявляет жалобы на высыпания, сопровождающиеся интенсивным зудом, шелушением. Данные проявления развивались в течение двух недель, после перенесенной ОРВИ.

Из анамнеза: пациент работал в течение жизни водителем. Работа сопровождалась воздействием следующих вредных факторов: тяжелый физический труд, длительная инсоляция, высокая температура в кабине автотранспорта.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. При осмотре на коже туловища, конечностей наблюдаются распространенные множественные симметричные папулы, гладкие или слегка шелушащиеся, покрытые чешуйками или корками, папуловезикулы и эрозии. Некоторые элементы сопровождаются избыточным шелушением. На месте разрешившихся элементов выраженные участки гиперпигментации Положительный краевой симптом Никольского – при потягивании пинцетом за обрывки пузыря происходит краевая отслойка эпителия за пределы видимых границ пузыря не более 5 мм.

Результаты гистологического обследования: Внутриэпидермально, на уровне зернистого слоя эпидермиса, локализуются полости, содержащие акантолитические клетки, расположенные дискретно и в виде небольших пластов. В подлежащих отделах эпидермиса наблюдается спонгиоз и явление дискератоза. В поверхностных отделах дермы отек, рыхлые, преимущественно периваскулярные и перифолликулярные круглоклеточные инфильтраты с примесью гранулоцитов, с явлениями экзоцитоза. Данные более соответствуют транзиторному акантолитическому дерматозу.

Проведено лечение: бетаметазонадипропионат, раствор, 1,0 мл, внутримышечно, однократно, глюконат кальция 10 % 10,0 внутримышечно, в течение 10 дней; наружно – клобетазола пропионат 0,05%, мазь 2 раза в день на высыпания в течение 14 дней, с постепенной отменой; фулорцин спиртовой раствор 2 раза в день в течение 7 дней, в период ремиссии – эмолиенты. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика. Рекомендовано после лечения: витамины группы А (ретинола пальмитат 100 000 МЕ/сутки), в течение 30 дней

внутри, избегать прямых солнечных лучей, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.

Выводы

Болезнь Гровера является редко встречающейся патологией, поэтому повышение осведомленности врачей-дерматовенерологов позволит своевременно диагностировать заболевание, проводить дифференциальную диагностику с другими дерматологическими болезнями и определять адекватную тактику ведения пациентов.

Список литературы:

1. Голоусенко И.Ю. Случай транзиторного акантолитического дерматоза Гровера у женщины. / И.Ю. Голоусенко, Л.И. Глебова, Г.Н. Стоянова. // Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). – 2016. - №3. – С. 40–41.
2. Кунгуров Н.В. Болезни кожи: монография (атлас) / Под ред. Н.В. Кунгурова. - Екатеринбург: УрНИИДВиИ, 2014. – 175 с.
3. Уфимцева М.А. Хронические аутоиммунные буллезные дерматозы: Учебное пособие для осваивающих образовательные программы высшего образования по специальности Лечебное дело. / М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская, Ю.М. Бочкарев, Гринев А.Г и др. - Екатеринбург: УГМУ, 2015. - 52 с.
4. Уфимцева М.А. Паранеопластическая пузырьчатка. / М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская, К.И. Николаева, О.Д. Лесная // Клиническая медицина. – 2017. – Т.95. - №3 – С. 278-280.
5. Lacarrubba F, Boscaglia S, Nasca M.R, Caltabiano R, Micali G. Grover's disease: dermoscopy, reflectance confocal microscopy and histopathological correlation. Dermatol Pract Concept. 2017; 7(3): 51–54. <https://doi.org/10.5826/dpc.0703a11>.
6. Scheinfeld N, Mones J. Seasonal variation of transient acantholytic dyskeratosis (Grover's disease). J Am Acad Dermatol. 2006 Aug. 55(2):263-8.
7. Zhu HJ, Clark LN, Deloney LA, McDonald JE. Grover disease (transient acantholytic dermatosis) in acute myeloid leukemia on FDG PET/CT. Clin Nucl Med 2014; 39 (2): 173–5.

УДК 616.511-036.1

Динь Т.Т.М., Савченко Н.В., Бочкарев Ю.М.

СЛУЧАЙ ПРИОБРЕТЕННОГО ПУШКОВОГО ГИПЕРТРИХОЗА

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности

Уральский государственный медицинский университет

г. Екатеринбург, Россия.

Екатеринбург, Российская Федерация

Dinh T.T.M., Savchenko N.V., Bochkarev Y.M.